

Themenschwerpunkt

Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik

Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf

Stefan Koch¹, Edgar Geissner^{1,2} und Andreas Hillert¹

¹Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

²Department Psychologie der Universität München

Zusammenfassung. Während es eine breite Vielfalt bewährter berufsbezogener Stress-Interventionen bei berufstätigen Zielgruppen gibt, mangelt es an gezielten Evaluationen berufsbezogener Behandlungseffekte bei psychosomatisch erkrankten und in besonderer Weise von beruflichen Belastungen und Erwerbslosigkeit betroffenen Zielgruppen. Ziel der Studie bildete die Evaluation allgemeiner berufsbezogener Behandlungseffekte stationärer psychosomatischer Behandlung. Darüber hinaus wurde in einem kontrollierten prospektiven Design der spezifische Beitrag einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen *berufsbezogenen Gruppenintervention* («Stressbewältigung am Arbeitsplatz», SBA) untersucht. Im Verlauf von zwölf Monaten nach Entlassung verloren 3,9 % beruflich hoch belasteter Patienten ihre Erwerbstätigkeit. Selbsteinschätzungen beruflicher Belastung und Bewältigung (z. B. das Wohlbefinden mit der Arbeitssituation und die berufliche Widerstandsfähigkeit) wiesen auf bedeutsame berufsbezogene Behandlungseffekte bis drei Monate nach Entlassung, in Teilbereichen bis zwölf Monate nach Entlassung, hin. Durch die Teilnahme an der berufsbezogenen Gruppenintervention (SBA) konnte eine günstigere berufliche Wiedereingliederung und eine höhere berufsbezogene Behandlungszufriedenheit erreicht werden. Ausbleibende spezifische Effekte der berufsbezogenen Intervention hinsichtlich selbsteingeschätzter Arbeitsbewältigung werden in Hinblick auf methodische Aspekte sowie Perspektiven weiterer Evaluationsstudien diskutiert.

Schlüsselwörter: berufsbezogene Behandlungseffekte, berufsbezogene Therapiegruppe, Psychosomatik, Evaluation, berufliche Stressbewältigung

Job-Related Effects in Psychosomatic Inpatient Treatment: Specific Contributions of a Cognitive-Behavioural Group Intervention

Abstract. Despite the variety of evaluated occupational stress interventions for working populations there is a lack of clinical studies investigating job-related effects of psychotherapeutic treatment. The study aimed to examine general job-related effects of psychosomatic inpatient treatment. Additionally, the specific contribution of a cognitive-behavioural group intervention for occupational stress management was surveyed in a controlled longitudinal design. Twelve months post-treatment follow-up-data demonstrate that 3.9 % of patients suffering from elevated levels of occupational stress lost employment. Self-reports of occupational stress and coping reveal significant treatment-effects at three months post-treatment, partly maintained until twelve months post-treatment. One year after inpatient treatment, participants of the occupational stress-intervention demonstrated beneficial effects of return-to-work and satisfaction with job-related treatment, supporting the inclusion of a job-specific group intervention into standard inpatient treatment. No specific effects were found for occupational stress and coping (e.g. vocational resilience and well-being at work). Standardized criteria for the evaluation of job-specific treatment and perspectives for further evaluations are discussed.

Keywords: occupational treatment effects, job-related group intervention, psychosomatic, evaluation, occupational stress management

Einleitung

Gesundheitliche Bedeutung beruflicher Belastung und Bewältigung

Erwerbsarbeit und die damit verbundenen Belastungen bzw. deren Bewältigung sind von hoher Relevanz für die körperliche und psychische Gesundheit. Theoretische Konzepte mit explizitem Bezug auf die gesundheitliche Bedeutung beruflicher Belastungen (zur Übersicht: Semmer & Mohr, 2001) behandeln zum Beispiel das Verhältnis von beruflichen Anforderungen und beruflichem Kontrollerleben (*Anforderungs-Kontroll-Modell*; Karasek, 1979; bzw. Karasek & Theorell, 1990), den Einfluss unausgewogener Verhältnisse von Engagement und Belohnung (*Modell der beruflichen Gratifikationskrise*, Siegrist 1996; 2002; siehe auch Larisch et al., 2003) und die Gesundheitsrelevanz *habituellder berufsbezogener Bewältigungsmuster* (z. B. Schaarschmidt & Fischer, 2001; Lehr et al., im Druck). Auch wenn korrelative Zusammenhänge beruflicher und gesundheitlicher Variablen selten eine Varianzaufklärung über 10 bis 20 Prozent erbringen, so kommt ihnen dennoch eine hohe praktische Bedeutung zu (Mohr & Semmer, 2002; siehe auch Bürger, 1997; Bürger & Koch, 1995; Zielke, 1995; Zielke et al., 2005). Andererseits stellt Arbeit nicht allein eine gesundheitsgefährdende Belastung dar: Erwerbstätigkeit erfüllt zugleich wesentliche gesundheitsprotektive psychosoziale Funktionen (z. B. Sinnerleben, soziale Kontakte, Zeitstrukturierung und Kontrollerleben; vgl. auch Bürger, 1998). Zusammenhänge zwischen Arbeit und psychosomatischer Gesundheit werden darüber hinaus anhand eines wachsenden Anteils psychosomatischer Erkrankungen als Hauptgrund einer Frühberentung (z. B. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004) deutlich. Dabei weisen klinische Stichproben einen erhöhten Anteil risikobehafteter beruflicher Bewältigungsmuster auf (z. B. Heitzmann et al., 2005).

Entwicklungsstand berufsbezogener Interventionen

Für nicht-klinische Zielgruppen liegt eine Vielzahl evaluierter berufsbezogener Interventionsprogramme gesundheitspräventiver Ausrichtung vor (z. B. Ivancevich et al., 1990). Mehrere metaanalytische Übersichtsarbeiten über eine Vielzahl personen- und organisationsbezogener beruflicher Stress-Interventionen belegen die Wirksamkeit psychologisch fundierter Ansätze zur beruflichen Belastungsreduktion (vgl. Bamberg & Busch, 1996; van der Klink et al., 2001). Hingegen bilden entsprechende Interventionen bei klinischen Stichproben bislang die Ausnahme (z. B. Beutel et al., 2005; 2006; Firth & Shapiro, 1986; Hillert et al., 1998; 2002; Koch et al., 2006). Zwar liegt eine breite Evidenzbasis für die

Wirksamkeit klinischer Stressbewältigungsprogramme auf klinische Zielkriterien vor (z. B. Saunders et al., 1996), allerdings zumeist ohne die Berücksichtigung berufsbezogener Evaluationskriterien.

Einer aktuellen Bestandserhebung berufsbezogener Interventionsmaßnahmen in deutschen Rehabilitationseinrichtungen zufolge (Neuderth et al., 2006), wird eine Vielzahl rehabilitativer Maßnahmen wie zum Beispiel sozialtherapeutische Beratung, Arbeitstraining und Arbeitserprobung, berufliche Belastungserprobungen und arbeitsbezogene Gruppentherapien angeboten. Gruppeninterventionen mit dezidiertem Berufsbezug (Beutel et al., 2002; 2006; Bürger & Schmelting-Kludas, 2006; Koch et al., 2006; Hillert et al., 2005; Schwickerath, 2005; van Dierendonck et al., 2005) werden bislang jedoch nur selten angeboten. Kontrollierte Studien unter Einbezug validierter berufsbezogener Selbsteinschätzungsinstrumente bilden die Ausnahme (siehe auch Hillert et al., im Druck).

Obwohl berufsbezogene Behandlungseffekte oftmals erst mit zeitlicher Verzögerung deutlich werden (z. B. Beutel et al., 2005), weist die Mehrzahl der Untersuchungen Katamnesezeiträume unterhalb von zwölf Monaten auf. Bislang fiel die Wirksamkeit berufsbezogener Stress-Interventionen für individuumszentrierte Ansätze (Verhaltensprävention) höher aus als für Maßnahmen mit organisationalem Ansatzpunkt (Verhältnisprävention) (vgl. van der Klink et al., 2001). Individuumszentrierte Ansätze erreichten substanzielle Behandlungseffekte, im Durchschnitt in der Höhe von $d = 0.34$ (Bamberg & Busch, 1996) bzw. $d = 0.44$ (van der Klink et al., 2001, gewichtete Effektstärkemaße d nach Cohen, Effekte berufsbezogener Interventionen arbeitstätiger Interventionsgruppen gegenüber einer unbehandelten Kontrollbedingung). Die Wirksamkeit kurzer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Personen in Tätigkeiten mit erhöhter beruflicher Kontrolle (höhere berufliche Stellung) erbrachte dabei die höchsten Interventionseffekte ($d = 0.69$, van der Klink et al., 2001).

Berufsbezogene Evaluationskriterien

Bislang mangelt es an einem verbindlichen Standard berufsbezogener Evaluationskriterien (Kirchner, 2000; Koch et al., im Druck). Als Mindeststandard ist lediglich die Erfassung soziodemographischer Merkmale wie Erwerbstätigkeitsstatus bzw. Wiedereingliederungsquoten (return-to-work), Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) und Rentenanliegen bzw. die subjektive Erwerbsprognose (Mittag & Raspe, 2003) etabliert. Entsprechend mangelt es an belastbaren Überprüfungen der testdiagnostischen Eignung berufsbezogener Selbsteinschätzungsverfahren für klinische Evaluationsfragestellungen. Bislang vorliegende klinische Untersuchungen setzen überwiegend das Verfahren «Arbeitsbezogene Verhaltens und Erlebensmuster» (AVEM, Schaarschmidt & Fischer, 2003; Beutel et al., 2004; Heitzmann et al., 2005), Teilaspekte des

ISTA (Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse, Semmer, 1984) bzw. mehrdimensionale berufsbezogene Fragebogeninstrumente wie das KoBeLA (Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz, Zielke & Leidig, 2005) ein.

Berufsbezogene Belastungs- und Bewältigungskriterien sollten anhand ökonomischer und veränderungssensitiver Selbsteinschätzungsinstrumente die Erfassung von Merkmalen der Arbeitsbelastungen (z. B. sozialer Stress), gesundheitsrelevanter Aspekte der Arbeitsbewältigung (z. B. berufliches Überengagement und Perfektionismus) sowie beruflicher Ressourcen (z. B. Merkmale beruflicher Widerstandsfähigkeit) erlauben. Der in dieser Studie verfolgte Ansatz dient der Erfassung berufsbezogener Belastungs- und Bewältigungsmerkmale anhand eines Sets von Selbsteinschätzungsinstrumenten, die zuvor auf Messgenauigkeit, Gesundheitsrelevanz und Veränderungssensitivität hin überprüft wurden (vgl. Koch et al., im Druck).

Ziel und Fragestellung der Untersuchung

Ziel der Studie ist die Evaluation einer stationären psychosomatischen Behandlung im Hinblick auf objektive und subjektive Indikatoren beruflicher Belastung und Bewältigung bei beruflich belasteten psychosomatischen Patienten. Die vorliegenden Ergebnisse dienen der Bewertung allgemeiner berufsbezogener Behandlungseffekte im Verlauf bis zwölf Monate nach Entlassung nach individuumszentriertem kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz. Eine anschließende Gegenüberstellung von Patienten nach Standardtherapie mit Teilnehmern einer zusätzlichen berufsbezogenen Therapiegruppe («Stressbewältigung am Arbeitsplatz, SBA») erlaubt darüber hinaus die Bewertung des spezifischen therapeutischen Beitrags einer berufsbezogenen Gruppenintervention.

Die berufsbezogene Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz» (SBA) als Ergänzung der stationären psychosomatischen Standardtherapie verfolgt einen berufsgruppenübergreifenden psychotherapeutischen Ansatz. Eine ausführliche Darstellung des Behandlungskonzepts sowie erste Wirksamkeitsnachweise drei Monate nach Entlassung finden sich bei Koch et al. (2006) bzw. Hillert et al. (im Druck). Die Wahl der Behandlungsmodule orientiert sich an einer auf Bedarfsanalysen basierenden Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote (Bürger, 1999) und strebt eine niederschwellige und praktikable Versorgung beruflich belasteter psychosomatischer Patienten an.

Es ergeben sich die folgenden Fragestellungen: (1) Welche berufsbezogenen Behandlungseffekte werden nach multimodaler stationärer Behandlung bei beruflich belasteten psychosomatischen Patienten im Verlauf bis zwölf Monate nach Entlassung erreicht? (2) Kann durch die zusätzliche Teilnahme an einem spezifischen berufsbezogenen Gruppentherapiekonzept der berufsbezogene Behandlungserfolg verbessert werden?

Methode

Stichprobe

In die Untersuchung wurden von April 2002 bis Juni 2003 konsekutiv in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck aufgenommene psychosomatische Patienten mit objektiv und/oder subjektiv gefährdeter beruflicher Wiedereingliederung einbezogen.

Eingeschlossen wurden Patienten, die in einem Aufnahmescreening über Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) über zwölf Wochen im Jahr vor Aufnahme der stationären Behandlung sowie subjektiv erhöhte berufliche Belastungen berichteten. Zur Erfüllung der Einschlusskriterien subjektiver beruflicher Belastung waren in mindestens zwei der folgenden fünf Kriterien erhöhte Belastungseinschätzungen erforderlich (Werte > 2 auf einer Skala von 1–5): (1) «Fühlen Sie sich wegen Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in Ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?» (2) «Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren Beschwerden bei?» (3) «Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten?» (4) «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation insgesamt?» (invertiert) (5) «Befürchten Sie, dass Ihr Arbeitsplatz aufgrund Ihrer Beschwerden gefährdet ist?» Eingeschlossen wurden Patienten im Alter von 18 bis 50 Jahren nach schriftlichem Einverständnis zur freiwilligen Studienteilnahme, die einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Tagen absolvierten. Ausgeschlossen wurden Patienten mit vorzeitiger Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder einem laufenden Rentenverfahren sowie Hausfrauen/-männer.

Die Stichprobe umfasste 260 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 36,4 Jahren ($SD = 8,2$), bei einem Frauenanteil von 64,4 %. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug 57,4 Tage ($SD = 22,3$). Die am häufigsten vertretenen Hauptdiagnosen (ICD-10) bildeten depressive Erkrankungen (32,2 %), Angststörungen (18,3 %), Essstörungen (15,6 %) und somatoforme Störungen (8,2 %). 59,2 % der Patienten waren in Vollzeitbeschäftigung, 13,1 % in Teilzeitbeschäftigung, 2,7 % in Ausbildung, 25,0 % waren arbeitslos. Dabei überwogen Angestelltenverhältnisse (63,1 %) gegenüber Arbeitern (17,5 %).

Zur Beurteilung spezifischer berufsbezogener Behandlungseffekte eines acht Doppelstunden umfassenden strukturierten berufsbezogenen Gruppentherapieprogramms nahmen 108 Patienten über die psychosomatische Standardtherapie hinaus an einem strukturierten berufsbezogenen Gruppentherapieprogramm «Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)» teil. Deren berufliche Entwicklung wurde mit jenen 152 Patienten verglichen, die am Standardtherapieprogramm ohne SBA-Programm teilgenommen hatten.

Messverfahren

Bei Aufnahme in die Klinik wurden alle Patienten mit einem Aufnahmescreening zu ihrer beruflichen Belastung befragt (siehe oben). Studienteilnehmer wurden anschließend bei Aufnahme (t_1), Entlassung (t_2) sowie postalisch drei bzw. zwölf Monate nach Entlassung (t_3 bzw. t_4) anhand eines umfangreichen Sets psychologischer Selbsteinschätzungsinstrumente untersucht.

Neben der Erfassung soziodemographischer und beruflicher Basisparameter (vgl. z. B. Heuft & Senf, 1998) kamen bewährte berufsbezogene Selbsteinschätzungsinstrumente zum Einsatz. Einer Überprüfung ihrer diagnostischen Güte für Verlaufsuntersuchungen bei klinischen Stichproben folgend, wurden Subskalengesamtwerte berufsbezogener Selbsteinschätzungsinstrumente faktorenanalytisch zu fünf berufsbezogenen Merkmalsbereichen¹ zusammengefasst (siehe Koch et al., im Druck). In die «*Berufliche Widerstandsfähigkeit*» gingen «Resignationstendenz bei Misserfolg», «Offensive Problembewältigung», «Distanzierungsfähigkeit» und «Innere Ruhe» aus dem mehrdimensionalen Verfahren «Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)» (Schaarschmidt & Fischer, 2003) sowie «Berufliche Leistungsfähigkeit» (Koch et al., 2006) ein. «*Berufliches (Über-)Engagement*» umfasste die AVEM-Dimensionen «Verausgabungsbereitschaft», «Perfektionsstreben» und «Beruflicher Ehrgeiz». Für das «*Wohlbefinden mit der Arbeitssituation*»² wurden Selbsteinschätzungen von «Sozialen Stressoren am Arbeitsplatz» (Frese & Zapf, 1987), «Arbeitszufriedenheit» nach dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB, Neuberger & Allerbeck, 1978) und «Erlebter Kontrolle am Arbeitsplatz» (Bürger & Koch, 1995) zusammengefasst. In die «*Berufliche Zugehörigkeit/Gratifikation*» gingen das «Erleben sozialer Unterstützung», «Lebenszufriedenheit» und «Erfolgserleben im Beruf» des AVEM sowie «Berufliche Sorgen» als Subskala der Indikatoren des Reha-Status (IRES-2, Gerdes & Jäckel, 1992) ein. Das «*Regenerationsverhalten*» schließlich repräsentierte Selbsteinschätzungen des «Euthymen Verhaltens» (Lutz, 2001). Begleitend erfolgte die Erfassung der psychosomatischen Symptombelastung anhand der Symptom-Check-List (SCL-90-R; Franke, 1995). In die Auswertungen wurde die globale psychosomatische Symptombelastung (GSI-Wert) einbezogen.

Die Erfassung der Behandlungszufriedenheit mit beruflichen Problembereichen erfolgte anhand von Patienteneinschätzungen der Bereiche «Beruflicher Stress», «Beruf-

liche Neuorientierung», «Bewerbungen», «Konflikte mit Kollegen», «Konflikte mit Vorgesetzten», «Pausengestaltung», «Zeitdruck/Arbeitsorganisation» und «Arbeitsmotivation» sowie eine Gesamtbewertung der stationären Behandlung beruflicher Anliegen (5-stufige Bewertungen von «überhaupt nicht zufrieden (1)» bis «sehr zufrieden (5)»). Bei der Darstellung berufsbezogener Behandlungseffekte werden Kriteriumsmaße der Bereiche (a) *objektive Erwerbsindikatoren*, (b) *berufsbezogene Behandlungszufriedenheit* und (c) *Selbsteinschätzungen beruflicher Belastung und Bewältigung* unterschieden.

Behandlungsmaßnahmen

Alle Patienten erhielten ein stationäres psychosomatisches Standardprogramm mit wöchentlichen Einzelgesprächen (50 Min.), wöchentlicher allgemeiner Problemlösegruppe (2 × 90 Min.), Entspannungstherapie (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, 6 × 25 Min.) und Gruppentraining sozialer Kompetenz (8 × 90 Min.) sowie wöchentlicher Sport- und Bewegungstherapie (2 × 90 Min.), je nach Indikation ergänzt um symptombezogene indikative Gruppen (u. a. Depressionsbewältigung, Angstbewältigung, Zwangsbewältigung oder Schmerzbewältigung, 8 × 100 Min.), Biofeedback und Gestaltungstherapie. Das berufsbezogene Standardprogramm umfasste den Zugang zur sozialtherapeutischen Einzelberatung mit der Möglichkeit zu externer Beruflicher Belastungserprobung (BE). Entsprechend der bezugstherapeutischen Indikationsstellung (z. B. eine vorliegende oder drohende Arbeitslosigkeit oder eine medizinisch-therapeutisch indizierte berufliche Neuorientierung) erfolgten darüber hinaus individuelle berufsbezogene diagnostische und therapeutische Interventionen, zum Beispiel eine Leistungs- und Berufsinteressentestung oder die Vermittlung zur Reha-Fachberatung der Rentenversicherungsträger.

Das spezifische berufsbezogene Gruppenprogramm «Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)» (8 × 90 Min., vgl. Koch et al., 2006; Hillert et al., im Druck) enthielt vier kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierte Behandlungseinheiten: (1) Vermittlung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit (Motivation und Psychoedukation), (2) Förderung von Kompetenzen der Selbstbehauptung am Arbeitsplatz (soziale Kompetenz), (3) Erarbeitung und Umsetzung von Möglichkeiten der kurz- und langfristigen Bewältigung beruflicher Belastun-

1 Gingen bei der ursprünglichen Faktorenanalyse (Koch et al., im Druck) noch Subskalen des «Fragebogens zur berufsbezogenen Therapiemotivation» (FBTM, Zwerenz et al., 2005) ein, so musste für die vorliegenden Auswertungen aufgrund fehlender Messwiederholungen dieses Verfahrens auf dessen vier Subskalen verzichtet werden. Entsprechend wird entgegen der ursprünglichen Faktorenanalyse auf den Bereich der «*Beruflichen Identifikation vs. Rückzug*» verzichtet.

2 Da im «*Wohlbefinden mit der Arbeitssituation*» und dem «*Regenerationsverhalten*» keine Veränderungen unmittelbar bei Entlassung (t_2) aus der stationären Behandlung zu erwarten sind, wurde auf die Auswertung dieser Merkmale zu t_2 verzichtet. Auswertungen des «*Wohlbefindens mit der Arbeitssituation*» beschränkten sich aus Gründen der Validität auf Patienten mit bestehendem Erwerbsverhältnis (vgl. Koch et al., im Druck).

gen (Stressbewältigung) und (4) berufliche Perspektiven, berufliche Ressourcen, Umgang mit Bewerbungssituationen (berufliche Neuorientierung). Durch den Ausschluss von SBA-Teilnehmern aus der wöchentlichen allgemeinen Problemlösegruppe für die Zeit der SBA-Teilnahme wurden das Ausmaß der therapeutischen Zuwendung in den beiden Untersuchungsbedingungen konstant gehalten.

Studiendesign und statistische Verfahren

Entlang eines kontrollierten Zeitstichprobendesigns (A-B-A-B) wurden nach Erfüllung der Einschlusskriterien konsekutiv aufgenommene Patienten abwechselnd für jeweils etwa drei Monate der Interventionsbedingung (SBA) bzw. der Kontrollbedingung (Standardtherapie ohne SBA) zugewiesen. Die Studienteilnehmer wurden längsschnittlich bei Aufnahme (t_1), Entlassung (t_2) sowie postalisch drei bzw. zwölf Monate nach Entlassung (t_3 bzw. t_4) befragt. In die Auswertungen wurden Patienten mit vollständigen Angaben bei Aufnahme (t_1) und zwölf Monate nach Entlassung (t_4) einbezogen.

Zur Bewertung allgemeiner berufsbezogener Verlaufseffekte stationärer psychosomatischer Behandlung (*Fragestellungen 1*) kamen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholungsfaktor «Verlaufszeitpunkte» (t_1 bis t_4) zum Einsatz. Post-hoc Vergleiche zwischen den einzelnen Messzeitpunkten erfolgten mit paarweisen *T*-Tests für abhängige Stichproben bei entsprechender Bonferroni-Korrektur. Zur Beurteilung von Verlaufseffekten kategorialer Merkmale kam Cochran's *Q* (mehrere dichotome abhängige Messungen, vgl. Bortz et al., 1990, S. 169 ff.) zum Einsatz. Anschließende paarweise post-hoc Vergleiche der einzelnen Messzeitpunkte erfolgten mit McNemar (vgl. Bortz et al., 1990, S. 160 ff.). Zur Bewertung der praktischen Relevanz der Effekte wurden darüber hinaus Effektstärkemaße *d* nach Cohen in Form der «standardized effect size» ($M_{Prätest} - M_{Posttest} / SD_{Prätest}$) (Cohen, 1988; vgl. auch Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) berechnet. Werte um $d = 0.20$ können nach einer üblichen Konvention als schwache Effekte, um $d = 0.50$ als mittlere Effekte und ab Werten über $d = 0.80$ als starke Effekte beurteilt werden (Bortz & Döring, 1995, S. 568). Zur Kontrolle von Verzerrungen durch systematische Dropouts wurden Abbrecher der Verlaufsbefragung anhand relevanter soziodemographischer und berufsbezogener Merkmale mit der Untersuchungsstichprobe verglichen. In diese Auswertung gingen $n = 88$ Patienten ohne Rücklauf zu t_4 ein, die die Einschlusskriterien erfüllten. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 74.7 %.

Die anschließende Untersuchung spezifischer Effekte der berufsbezogenen SBA-Gruppenintervention (*Fragestellung 2*) erfolgte im Gruppenvergleich von Teilnehmern der berufsbezogenen Therapiegruppe (SBA) mit Teilnehmern der Standardtherapie ohne SBA («treated-as-usual») 12 Monate nach Entlassung (t_4). Bei metrischen Variablen kamen Kovarianzanalysen unter Einbezug der korrespon-

dierenden t_1 -Ausgangswerte (vgl. Vickers & Altman, 2001), bei kategorialen Werten χ^2 -Tests zum Einsatz. Zur Sicherstellung der statistischen Power wurde der erforderliche Stichprobenumfang berücksichtigt: Bei erwarteten spezifischen Behandlungseffekten von etwa $d = .40$ wäre bei einseitiger gerichteter Hypothese ($\alpha = 0.10$; $\beta = 0.10$) eine minimale Stichprobengröße von $n = 108$ Patienten pro Gruppe erforderlich. Das vorliegende Design erfüllte diese Voraussetzungen. Kalkulationen der statistischen Power erfolgten nach dem Programmpaket Bias.7 (Ackermann, 2002). Alle weiteren statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows in der Version 11.5.

Ergebnisse

Allgemeine berufsbezogene Behandlungseffekte der stationären psychosomatischen Behandlung (Fragestellung 1)

a) Objektive Erwerbsindikatoren: Tabelle 1 veranschaulicht die allgemeine Entwicklung objektiver Erwerbstätigkeitsindikatoren von Aufnahme (t_1) bis zwölf Monate nach Entlassung (t_4). Für alle 260 auf berufliche Belastungen hin rekrutierten Patienten ist eine signifikante Abnahme der Erwerbstätigkeitsquote von 75.0 % auf 71.1 % festzustellen ($p < .05$). 3.9 % der Patienten verloren somit innerhalb von zwölf Monaten nach Entlassung ihre Erwerbstätigkeit. Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) hingegen sanken im Sinne der Behandlungsziele zwölf Monate nach Entlassung (t_1 – t_4) von 26.2 auf 13.2 Tage im Quartal bedeutsam ab. Dieser Effekt kommt erst mit zeitlicher Verzögerung zwischen drei und zwölf Monaten nach Entlassung (t_3 – t_4) zum Tragen. Entsprechend nahm zwischen Aufnahme und drei bzw. zwölf Monaten nach Entlassung (t_1 – t_3 bzw. t_1 – t_4) die Quote der AU-Fälle um insgesamt 35.6 % ab ($p < .001$). Während der Anteil von Patienten mit berichtetem Rentenwunsch um 3.6 % abnahm ($p < .05$), stieg der Anteil der Patienten, die im Befragungszeitraum einen Rentenantrag stellten, um 11.7 % an ($p < .001$). Der Anteil der Inanspruchnahme beruflicher Rehabilitationsleistungen (überwiegend die stufenweise Wiedereingliederung) lag bei 20.2 %.

b) Berufsbezogene Behandlungszufriedenheit: Patientenbewertungen der Zufriedenheit mit der Bearbeitung beruflicher Anliegen ergaben über die Nachbefragungszeitpunkte hinweg eine stabile durchschnittliche Gesamtbewertung mittlerer Höhe bei Entlassung (t_2 : $M = 3.33/SD = 1.04$), drei Monate nach Entlassung (t_3 : $M = 3.22/SD = 1.22$) und zwölf Monate nach Entlassung (t_4 : $M = 3.15/SD = 1.13$) (d. h. Einschätzungen von «etwas zufrieden (3)» bis «ziemlich zufrieden (4)»). Dabei fiel zwölf Monate nach Entlas-

Tabelle 1

Berufsbezogene Verlaufseffekte stationärer psychosomatischer Behandlung: Objektive Erwerbstätigkeitsindikatoren (n = 180–223)

	Aufnahme (t ₁)	Entlassung (t ₂)	3 Monate (t ₃)	12 Monate (t ₄)	Prüfgröße ¹	p _{t1-t4}	Post-hoc ²
Erwerbstätigkeitsquote (%)	75.0 %	–	69.3 %	71.1 %	Q(2,223) = 6.03	.049*	–
AU-Fälle (%)	53.1 %	–	24.7 %	17.5 %	Q(2,221) = 84.17	.000***	b, c
Gestellte Rentenanträge (%)	0 %	0.85 %	5.2 %	11.7 %	Q(3,221) = 47.56	.000***	b, c, e, f
Rentenpläne %	8.5 %	6.3 %	5.5 %	4.9 %	Q(3,180) = 9.00	.029*	–
Inanspruchnahme beruf. Reha-Maßn. (%)	–	–	16.8 %	20.2 %	–	–	–
AU-Zeiten ⁴	26.2 (26.0)	–	21.7 (33.0)	13.2 (24.8)	F(2, 201) = 20.39	.000***	c f

Anmerkungen: ¹ Prüfgröße $Q(df,n)$: Cochran's Q bzw. $F(df,n)$: einfaktorielles Varianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor. p_{t1-t4} : Signifikanz des Verlaufseffekts t₁ bis t₄ (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$). ²Paarweise qualitative post-hoc Tests McNemar bzw. paarweise quantitative post-hoc T-Tests (mit Bonferroni-Korrektur, $p < .05/6 = .0083$ bzw. $p < .05/3 = .017$): a: t₁–t₂, b: t₁–t₃, c: t₁–t₄, d: t₂–t₃, e: t₂–t₄, f: t₃–t₄. ⁴Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) im 3-Monats-Quartal: M in Tagen (SD in Parenthese). –: Das entsprechende Merkmal wurde nicht zu diesem Messzeitpunkt erhoben.

Tabelle 2

Berufsbezogene Verlaufseffekte stationärer psychosomatischer Behandlung: Merkmalsbereiche beruflicher Belastung und Bewältigung (vgl. Koch et al., im Druck) (n = 121–221)

Merkmalsbereich	Aufnahme (t ₁)		Entlassung (t ₂)		3 Monate (t ₃)		12 Monate (t ₄)		F(df,n)	p _{t1-t4}	ES (d _{t1-t4})	Post-hoc
	M _{t1}	(SD _{t1})	M _{t2}	(SD _{t2})	M _{t3}	(SD _{t3})	M _{t4}	(SD _{t4})				
Berufliche Widerstandsfähigkeit (5 Primärskalen; mittl. $\alpha = .84$)	1.28	(0.56)	1.62	(0.58)	1.60	(0.60)	1.60	(0.63)	F(3,209) = 49.73	.000***	0.58	a, b, c
Berufliches (Über-)Engagement (3 Primärskalen; mittl. $\alpha = .83$)	3.37	(0.62)	3.16	(0.62)	3.07	(0.63)	3.07	(0.66)	F(3,209) = 33.47	.000***	-0.47	a, b, c, d, e
Wohlbefinden mit der Arbeitssituation ^{1,2} (3 Primärskalen; mittl. $\alpha = .84$)	0.86	(0.60)	–		1.09	(0.60)	0.97	(0.64)	F(2,121) = 7.20	.001**	0.18	b, c
Berufliche Zugehörigkeit/Gratifikation (4 Primärskalen; mittl. $\alpha = .81$)	1.29	(0.73)	1.47	(0.70)	1.42	(0.70)	1.39	(0.75)	F(3,208) = 7.21	.000***	0.13	a, b
Regenerationsverhalten ² (2 Primärskalen; mittl. $\alpha = .80$)	3.09	(1.66)	–		3.54	(1.87)	3.36	(1.97)	F(2,221) = 7.25	.001**	0.16	b
Psychosomatische Symptombelastung (SCL-90-R, Gesamtwert GSI)	2.24	(0.58)	1.81	(0.55)	1.93	(0.61)	2.02	(0.69)	F(3,183) = 40.64	.000***	-0.40	a, b, c, d, e

Anmerkungen: M : Mittelwert (Range 1–5); SD : Standardabweichung (in Parenthese). mittl. α : Mittlerer Reliabilitätsindex Cronbachs α . $F(df,n)$: Prüfgröße der einfaktorielles Varianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor. p_{t1-t4} : Signifikanz des Verlaufseffekts t₁ bis t₄ (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$). $ES(d)$: Effektstärkemaß d nach Cohen. –: Das entsprechende Merkmal wurde nicht zu diesem Messzeitpunkt erhoben. Post-hoc: Signifikante paarweise post-hoc T-Tests (mit Bonferroni-Korrektur, $p < .05/6 = .0083$ bzw. $p < .05/3 = .017$): a: t₁–t₂, b: t₁–t₃, c: t₁–t₄, d: t₂–t₃, e: t₂–t₄, f: t₃–t₄. ¹Reduzierte Fallzahl, da hier nur Erwerbstätige einbezogen. ²Keine Werte bei Entlassung (t₂).

sung die Bewertung der Inhalte «Beruflicher Stress» (t₄: $M = 3.03/SD = 1.11$) und «Konflikte mit Kollegen» (t₄: $M = 3.03/SD = 1.08$) insgesamt positiver aus als die Bewertung der Bereiche «Bewerbungen» (t₄: $M = 2.00/SD = 1.09$) und «Berufliche Neuorientierung» (t₄: $M = 2.68/SD = 1.25$).

c) *Berufliche Belastung und Bewältigung*: Die längsschnittliche Entwicklung von Merkmalen beruflicher Belastung und Bewältigung kann Tabelle 2 entnommen werden. Die Verlaufseffekte von Aufnahme (t₁) bis zwölf Monate nach Entlassung (t₄) wiesen in eine zu erwartende Richtung (vgl. Abbildung 1): Bei Entlassung aus der stationären Behandlung (t₂) war ein Anstieg im Merkmalsbereich «Berufliche Widerstandsfähigkeit» zu verzeichnen, der bis drei bzw. zwölf Monate nach Entlassung (t₃ bzw.

t₄) stabil blieb ($p < .001$, $d_{t1-t4} = 0.58$). Zugleich nahm bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung (t₂) das Ausmaß «Beruflichen (Über-)Engagements» signifikant ab. Bis drei Monate nach Entlassung (t₃) war eine weitere signifikante Abnahme des (Über-)Engagements zu verzeichnen, welche bis zwölf Monate nach Entlassung (t₄) aufrecht erhalten blieb ($p < .001$, $d_{t1-t4} = -0.47$). Der Merkmalsbereich «Wohlbefinden mit der Arbeitssituation» nahm von Aufnahme (t₁) bis drei Monate nach Entlassung (t₃) signifikant zu. Bis zwölf Monate nach Entlassung (t₄) verschlechterten sich diese Bewertung der Arbeitssituation allerdings wieder, bei insgesamt geringerem, aber weiterhin nachweisbarem Behandlungseffekt ($p < .01$, $d_{t1-t4} = 0.18$). Nach stationärem Aufenthalt (t₂) war eine Zunahme des «Beruflichen Zugehörigkeits-/Gratifikationserlebens»

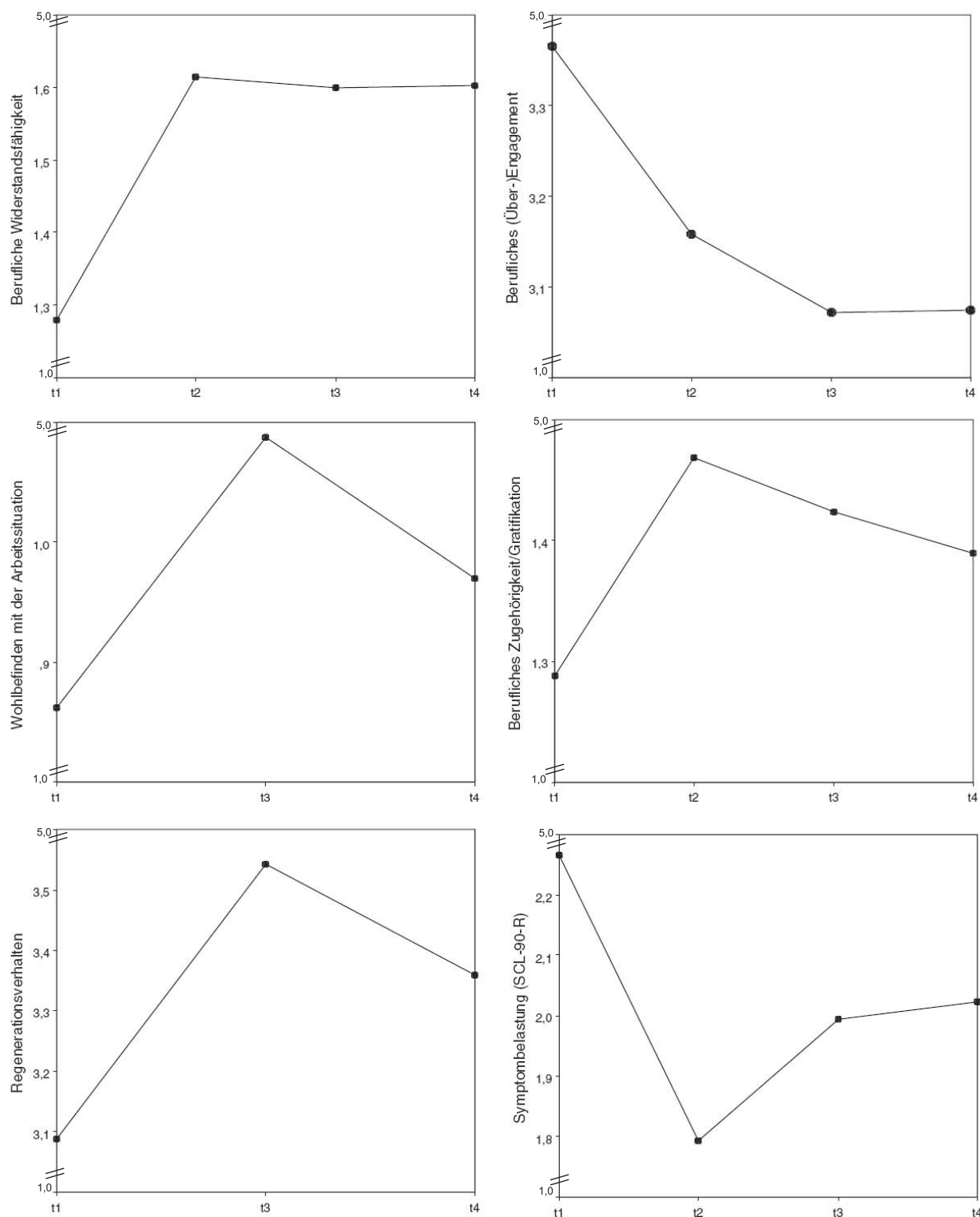


Abbildung 1. Entwicklung von Merkmalsbereichen beruflicher Belastung und Bewältigung (Gesamtstichprobe, $n = 121-221$).

Anmerkungen: Merkmalsbereiche (nach Koch et al., im Druck), sowie die psychosomatische Symptombelastung (SCL-90-R, Gesamtwert GSI), Mittelwerte (Range: «trifft überhaupt nicht zu (1)» bis «trifft voll zu (5)») bei Aufnahme (t1) Entlassung (t2) sowie 3 und 12 Monate nach Entlassung (t3 bzw. t4).

Tabelle 3

Spezifische Wirksamkeit der berufsbezogenen Therapiegruppe SBA: Berufliche Behandlungszufriedenheit (SBA: $n = 108$ vs. Standardtherapie ohne SBA: $n = 152$)

	12 Monate nach Entlassung (t_4)				$T(df)$	p_{t_4}	$ES (d)$
	SBA		Standardtherapie ohne SBA				
	M_{t_4}	SD_{t_4}	M_{t_4}	SD_{t_4}			
Beruflicher Stress	3.32	(0.97)	2.80	(1.17)	$T(231) = 3.77$	.000***	0.49
Berufliche Neuorientierung	2.76	(1.27)	2.62	(1.23)	$T(236) = 0.88$	.380	0.11
Bewerbungen	2.17	(1.14)	1.85	(1.03)	$T(226) = 2.28$	.024*	0.30
Konflikte mit Kollegen	3.30	(0.91)	2.80	(1.16)	$T(229) = 3.69$	.000***	0.48
Konflikte mit Vorgesetzten	3.12	(1.01)	2.70	(1.17)	$T(229) = 2.96$	.003**	0.39
Pausengestaltung	3.17	(1.05)	2.87	(1.31)	$T(231) = 1.97$	.051	0.25
Zeitdruck/Arbeitsorganisation	3.16	(1.01)	2.74	(1.23)	$T(234) = 2.90$	.004**	0.37
Arbeitsmotivation	3.02	(1.08)	2.78	(1.21)	$T(233) = 1.63$	.104	0.21
Gesamtbewertung beruflicher Inhalte	3.42	(0.94)	2.94	(1.21)	$T(243) = 3.51$	.001**	0.44

Anmerkungen: M : Mittelwert (Range 1–5); SD : Standardabweichung (in Parenthese). $T(df)$: T -Tests für unabhängige Stichproben (SBA vs. Standardtherapie ohne SBA); p_{t_4} : Signifikanz des Gruppeneffekts t_4 (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$). $ES (d)$: Effektstärkemaß d nach Cohen.

zu beobachten, die bis drei Monate nach Entlassung (t_3) stabil blieb, jedoch bis zwölf Monate nach Entlassung (t_4) bei insgesamt geringerem Behandlungseffekt wieder absank ($d_{t_1-t_4} = 0.13$, $p < .001$). Bezogen auf Aktivitäten des Belastungsausgleichs («*Regenerationsverhalten*») konnte bis drei Monate nach Entlassung (t_3) eine angestrebte Zunahme erreicht werden, die allerdings zwölf Monate nach Entlassung (t_4) nicht mehr das Signifikanzniveau überschritt ($d_{t_1-t_4} = 0.16$). Die Verfahren erreichten dabei eine mittlere bis hohe Messgenauigkeit (mittlerer Reliabilitätsindex Cronbachs $\alpha = .80$ bis $.84$, vgl. Tabelle 2). In keinem der Merkmale waren bis zwölf Monate nach Entlassung Verschlechterungen der beruflichen Belastung und Bewältigung zu beobachten. Die berichteten Effekte blieben auch nach Bonferoni-Korrektur bedeutsam.

Darüber hinaus veranschaulicht Tabelle 2 die Entwicklung der psychosomatischen Symptombelastung (GSI-Wert der SCL-90-R, siehe auch Abbildung 1). Nach stationärer Behandlung war eine Symptomreduktion festzustellen, die mit der Höhe der berufsbezogenen Behandlungseffekte vergleichbar war. Die deutlichste Symptomreduktion ergab sich dabei zwischen Aufnahme (t_1) und Entlassung (t_2), mit einer anschließenden signifikanten Zunahme der Beschwerden bis drei bzw. zwölf Monate nach Entlassung (t_3 bzw. t_4). Insgesamt überschritt der symptomatische Behandlungseffekt mit $d_{t_1-t_4} = -0.40$ das Signifikanzniveau.

Zur Bewertung möglicher systematischer Dropouts wurden nach Erfüllung der Einschlusskriterien Patienten ohne Rücklauf zwölf Monate nach Entlassung (t_4 , $n = 88$) mit der Untersuchungsstichprobe ($n = 260$) bezüglich relevanter Gruppenunterschiede bei Aufnahme (t_1) verglichen (T -Test bzw. χ^2 -Test). Sowohl in soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeitsstatus, AU-Fälle, AU-Zeiten, Hauptdiagnosen nach ICD-10, beruflicher Stellung, bestehender Partnerschaft, Rentenpläne) als auch in beruflichen Belastungs- und Bewältigungseinschätzungen bei Aufnahme (t_1) und der berufsbezogenen Behandlungszufrieden-

heit bei Entlassung (t_2) ergaben sich keine Gruppenunterschiede. Insofern bestehen keine Hinweise auf Störeinflüsse durch systematische Dropouts.

Spezifische Effekte der berufsbezogenen Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)» (Fragestellung 2)

Zur Beurteilung spezifischer Effekte der SBA-Gruppenintervention werden im Folgenden die beruflichen Behandlungsergebnisse von Teilnehmern der berufsbezogenen Intervention (SBA, $n = 108$) mit denen von Teilnehmern der Standardtherapie ohne SBA (Kontrollbedingung, $n = 152$) verglichen.

a) *Objektive Erwerbsindikatoren*: Teilnehmer der berufsbezogenen Therapiegruppe (SBA) waren zwölf Monate nach Entlassung (t_4) im Vergleich zu Patienten mit Standardtherapie ohne SBA in geringerem Maße von einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben betroffen. Nach SBA-Teilnahme nahm die Erwerbsquote von 81.5 % auf 79.6 % ab (−1.9 %), nach Standardtherapie ohne SBA von 70.4 % auf 64.9 % (−5.5 %). Zugleich war bei SBA-Teilnehmern eine stärkere Abnahme von AU-Fällen von 58.1 % auf 18.1 % (−40.0 %) festzustellen als nach Standardtherapie ohne SBA (von 49.7 % auf 17.0 %, Abnahme um 32.7 %). AU-Zeiten (in Tagen pro Quartal) nahmen nach SBA von 29.4 auf 14.8 Tage (−14.6 Tage), nach Standardtherapie ohne SBA von 26.8 auf 14.0 Tage (−12.7 Tage) ab. SBA-Teilnehmer verzeichneten eine geringere Zunahme von gestellten Rentenanträgen (SBA: +10.2 %; Standardtherapie ohne SBA: +12.8 %). Erwartungsgemäß berichteten SBA-Teilnehmer zwölf Monate nach Entlassung (t_4) eine deutlich höhere Inanspruchnahme beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen als Patienten nach Standardtherapie ohne SBA (29.8 % vs. 13.5 %).

b) *Berufsbezogene Behandlungszufriedenheit*: Teilnehmer der SBA waren zwölf Monate nach Entlassung (t₄) mit der Behandlung beruflicher Problemlagen insgesamt signifikant zufriedener als Patienten nach Standardtherapie ohne SBA (vgl. Tabelle 3). Bewertungen der Zufriedenheit mit einzelnen beruflichen Problembereichen veranschaulichen, dass diese Überlegenheit gegenüber der Standardtherapie ohne SBA für spezifische SBA-Inhalte höher ausfiel (z. B. «Beruflicher Stress», «Umgang mit Kollegen» und «Zeitdruck/Arbeitsorganisation»). Teilnehmer der SBA bewerteten zwölf Monate nach Entlassung ihre beruflichen Veränderungen (5-stufige Einschätzungen von «sehr negativ (1)» bis «sehr positiv (5)») signifikant positiver als Patienten der Standardbehandlung (SBA: $M = 3.61/SD = 1.06$; Standardtherapie ohne SBA: $M = 3.22/SD = 1.41$; $p < .05$).

c) *Berufliche Belastung und Bewältigung*: Teilnehmer der Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)» zeigten gegenüber Nicht-Teilnehmern keine günstigeren Verläufe berufsbezogener Belastungs- und Bewältigungsmerkmale über die Wirksamkeit der psychosomatischen Standardtherapie hinaus.

Diskussion

Es besteht ein Mangel an Untersuchungen zu berufsbezogenen Behandlungseffekten psychotherapeutischer Interventionen. Zudem fehlt es an kontrolliert evaluierten Gruppeninterventionen zur Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs und der Bewältigung beruflicher Belastungen. Die Untersuchung diente der Evaluation des berufsbezogenen Behandlungserfolgs stationärer psychosomatischer Behandlung im Verlauf bis zwölf Monate nach Entlassung. Diese Untersuchung einer hinsichtlich Diagnosen und beruflicher Ausgangssituation (Berufsgruppe, berufliche Stellung) typischen klinischen Stichprobe erlaubt Aussagen über die berufliche Entwicklung entsprechend belasteter psychosomatischer Patienten. Darüber hinaus erfolgte die kontrollierte Evaluation des spezifischen Beitrags einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierten berufsbezogenen Therapiegruppe («Stressbewältigung am Arbeitsplatz, SBA»).

Allgemeine berufsbezogene Behandlungseffekte der stationären psychosomatischen Behandlung (Fragestellung 1)

Die Ergebnisse der vorliegenden Verlaufsuntersuchung können folgendermaßen zusammengefasst werden: Im Verlauf der stationären Behandlung war eine bedeutsame Reduktion von Arbeitsunfähigkeit (AU-Zeiten, AU-Fäl-

le) zu verzeichnen. Die Ergebnisse entsprechen dem allgemeinen Trend des Arbeitsmarktes: Bei zunehmend erschwerten Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt ist ein Rückgang krankheitsbedingter Ausfallzeiten zu verzeichnen (z. B. Deutsche Angestellten-Krankenkasse, 2005). Zugleich nahm die Erwerbstätigkeit um 3.9 % ab. Obwohl berichtete Rentenanliegen abnahmen, leitete etwa jeder zehnte Patient im Befragungszeitraum ein Rentenverfahren ein. Für einen substanziellen Anteil dieser Patienten ist daher im weiteren Verlauf ebenfalls ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu erwarten. Hinsichtlich objektiver Erwerbsindikatoren wurde das Behandlungsziel eines dauerhaften Erhalts bzw. der Förderung der Erwerbstätigkeit von Patienten in bedrohter Erwerbsituation nur eingeschränkt erreicht. Es ist davon auszugehen, dass der berufsbezogene Behandlungserfolg nachhaltig durch die allgemeine Beschäftigungssituation in Deutschland geprägt war.

Entsprechend der psychotherapeutischen Behandlungsziele war eine bis zwölf Monate nach Entlassung stabile Zunahme funktional-gesundheitsförderlicher Bewältigungsressourcen (*Berufliche Widerstandsfähigkeit*) und eine Abnahme dysfunktional-risikobehafteter Bewältigung (*Berufliches (Über-)Engagement*) festzustellen. Verbesserungen des *Wohlbefindens mit der Arbeitssituation*, des *Zugehörigkeits- und Gratifikationserlebens* und des *Regenerationsverhaltens* konnten nur bis drei, nicht aber bis zwölf Monate nach Entlassung, aufrechterhalten werden. Die Bewältigung beruflicher Belastungen, wie in den Aspekten der beruflichen Widerstandsfähigkeit und des beruflichen (Über-)Engagements repräsentiert, sollte grundsätzlich durch die Patienten selbst zu beeinflussen sein und bietet sich daher als Ansatzpunkt für psychotherapeutische Interventionen an. Entsprechende Behandlungseffekte mittlerer Höhe ($d_{t1-t4} = .47$ bis $.58$) sind mit dem Ausmaß von Effekten der psychosomatischen Symptombelastung (vgl. GSI-Gesamtwert der SCL-90-R, $d_{t1-t4} = .40$) vergleichbar. Hingegen unterliegen die Arbeitsbedingungen, deren Bewertungen in das Wohlbefinden mit der Arbeitssituation bzw. das berufliche Zugehörigkeits- und Gratifikationserleben eingingen, nur eingeschränkt dem persönlichen Einfluss. In diesen Merkmalen wurden mit $d_{t1-t4} = .13$ bis $.18$ langfristig geringere Behandlungseffekte beobachtet.

Unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktbedingungen ist der Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach Abschluss der stationären Behandlung insgesamt als befriedigend zu bewerten. Die Entwicklung beruflicher Belastung und Bewältigung entspricht den therapeutischen Zielen der Reduktion von Belastung und der Förderung von Bewältigungsressourcen. In Teilbereichen wäre eine höhere Stabilität der Behandlungseffekte zu wünschen.

Spezifische Effekte der berufsbezogenen Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)» (Fragestellung 2)

In einer kontrollierten prospektiven Längsschnittelevaluation wurden 152 Teilnehmer der stationären Standardtherapie ohne SBA («treated-as-usual») denen einer zusätzlichen berufsbezogenen Gruppenintervention (SBA, 108 Patienten) gegenübergestellt. Die Ergebnisse können folgendermaßen zusammengefasst werden: Infolge der Teilnahme an der SBA zeichnet sich eine verbesserte objektive Erwerbssituation ab. Neben einer günstigeren Entwicklung der Arbeitsfähigkeit konnte anhand einer geringeren Abnahme der Erwerbstätigkeitsquote bei SBA-Teilnehmern (SBA: -1.9 %; Standardtherapie ohne SBA: -5.5 %) eine verringerte Verdrängung aus dem Erwerbsleben erreicht werden. Ebenso positiv ist zu werten, dass SBA-Teilnehmer zu einem deutlich höheren Anteil zur Inanspruchnahme anschließender beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (SBA: 29.8 %; Standardtherapie ohne SBA: 13.5 %) motiviert waren. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass im stationären psychosomatischen Behandlungsetting durch Einbezug einer berufsbezogenen Therapiegruppe der Trend des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben gemindert, aber nicht umgekehrt werden konnte.

Durch eine SBA-Teilnahme konnte in wesentlichen beruflichen Behandlungsinhalten wie beruflichem Stress und Konflikten mit Kollegen und Vorgesetzten die Behandlungszufriedenheit verbessert werden. Dies entspricht den Erfahrungen einer vergleichbaren berufsspezifischen Gruppenintervention tiefenpsychologischer Ausrichtung (vgl. Beutel et al., 2006). Eine hohe Behandlungszufriedenheit bildet eine wichtige Voraussetzung für den Transfer der therapeutischen Anregungen in den beruflichen Alltag. Den Ergebnissen berufsbezogener Selbsteinschätzungsinstrumente zufolge war hingegen durch SBA keine anhaltende Verbesserung in Variablen der Arbeitsbewältigung zu verzeichnen. Die Effekte der berufsbezogenen SBA-Gruppenintervention fallen in diesem Kriterienbereich damit geringer aus, als nach Metaanalysen kontrollierter Evaluationen berufsbezogener Maßnahmen an nicht-klinischen Stichproben zu erwarten wäre (vgl. Bamberg & Busch, 1996; bzw. van der Klink et al., 2001).

Worauf ist diese Diskrepanz zurückzuführen? Zum einen sind klinische und nicht-klinische Zielgruppen hinsichtlich ihrer beruflichen Chancen nicht gleichzusetzen. Außerdem beziehen die genannten Überblicksarbeiten entgegen der vorliegenden Studie ausschließlich unbehandelte Kontrollgruppen mit ein. Dem vorliegenden Studiendesign zufolge waren hingegen Effekte von Standardtherapie ohne SBA und berufsspezifischer Intervention (SBA) zusätzlich zur stationären Standardtherapie nicht vollständig zu trennen. Die psychosomatische Standardtherapie, welche auch ohne das Angebot einer berufsbezogenen Gruppentherapie berufliche Patienten Anliegen mit einbezog, erbrachte ebenfalls anhaltende Effekte hinsichtlich der Arbeitsbewälti-

gung. Folglich gelang hinsichtlich beruflicher Belastungs- und Bewältigungseinschätzungen kein spezifischer Wirksamkeitsnachweis für die SBA-Intervention über die Standardtherapie hinaus.

Wie dargestellt, ist eine ausbleibende Signifikanz der Gruppenvergleiche in beruflichen Bewältigungsmerkmalen nicht auf eine mangelnde statistische Power der Untersuchung zurückzuführen. Überdies gilt es bei Ausbleiben spezifischer Behandlungseffekte der Gruppenintervention zu überprüfen, ob dies auf die Behandlungsqualität (Behandlungsintegrität, Adhärenz und Kompetenz) zurückzuführen sein könnte. Die Behandlungsintegrität wurde durch fortlaufende Supervision sowie ein ausführlich mit Instruktionen und Arbeitsblättern gestaltetes Manual sichergestellt. Behandlungsintegrität, Adhärenz und Kompetenz können als gegeben bewertet werden. Eigenen Untersuchungen zufolge sind die eingesetzten Selbsteinschätzungsverfahren als messgenau, gesundheitsrelevant und veränderungssensitiv zu bewerten (vgl. Koch et al., im Druck). Ausbleibende Gruppeneffekte sind daher nicht auf eine dahingehend mangelnde Eignung der Evaluationsinstrumente zurückzuführen.

Vorteile der SBA liegen in ihrer explizit berufsspezifischen Ausrichtung und der ressourcenorientierten Nutzung gruppentherapeutischer Wirkmechanismen zur Verbesserung des Repertoires und der Flexibilität von Strategien der Arbeitsbewältigung. Die SBA-Intervention integriert in modularer Weise mehrere berufliche Problem- und Behandlungsbereiche: Neben der berufsbezogenen Motivation werden die Arbeitsbewältigung, der Umgang mit interaktionellen Konflikten am Arbeitsplatz und die beruflichen Perspektiven der Teilnehmer fokussiert. Der Einbezug verschiedener Berufsgruppen erlaubt neben der praktikablen Anwendung bei einem zumeist heterogenen Klientel stationärer Rehabilitationseinrichtungen einen therapeutisch wertvollen Austausch der Betroffenen untereinander, mit der Möglichkeit zur konstruktiven Nutzung von Rückmeldungen und sozialer Unterstützung. Da den Verlaufsbefunden zufolge eine Stabilität beruflicher Behandlungseffekte zum Teil kritisch ist, ist zur weiteren Verbesserung von Transfereffekten in den Berufsalltag der Einbezug weiterer Maßnahmen der Transfersicherung (z. B. Booster-Sitzungen etwa drei Monate nach Entlassung) zu erwägen. Auch wenn aufgrund des vorliegenden Studiendesigns nicht abschließend über die Wirksamkeit der SBA entschieden werden kann, so fallen die vorliegenden Ergebnisse vielversprechend aus. Der berufsbezogene therapeutische Ansatz in Ergänzung zur überwiegend symptomatischen Standardtherapie vermag eine konzeptionelle Lücke stationärer Standardprogramme zu schließen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Einer ersten Evaluation der berufsbezogenen SBA-Intervention zufolge bilden berufsbezogene Gruppeninterventionen einen zukunftsweisenden Ansatz der beruflichen

Förderungen stationär behandelte und von Chronifizierung bedrohter Risikogruppen (tertiäre Prävention). Die vorliegende Untersuchung zeichnet sich durch ihre hohe ökologische Validität und die Breite der erfassten beruflichen Zielkriterien aus. Die Evaluation beruflicher Interventionseffekte bei klinischen Stichproben bildet weiterhin die Ausnahme und sollte deutlich stärker verfolgt werden. Zur Beurteilung spezifischer Effekte berufsbezogener Gruppeninterventionen sollten weitere Untersuchungen alternative Kontrollgruppendesigns (z. B. unbehandelte Wartekontrollgruppen; vgl. Kazdin, 1994) umfassen.

Die berufsbezogene Gruppentherapie fand eine hohe Akzeptanz der Patienten, welche angesichts der oftmals ambivalenten beruflichen Motivation (z. B. Zwerenz et al., 2005) nicht selbstverständlich zu erwarten war. Angebote der Stressbewältigung und der Förderung kommunikativer Fertigkeiten gehören zu den Kernkompetenzen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. Entsprechende Interventionsmodule verbessern die Behandlungszufriedenheit und sollten in berufsbezogenen Gruppeninterventionen verstärkt angeboten werden. Die weitere Verbreitung berufsspezifischer Interventionseinheiten ist zu wünschen. Psychotherapeutisch fundierte Gruppenprogramme können hierzu einen wertvollen Beitrag leisten. Laufende Untersuchungen (vgl. Hillert et al., im Druck) zielen bereits auf eine Erweiterung des Indikationsspektrums psychotherapeutisch fundierter berufsbezogener Gruppeninterventionen auf Bereiche der medizinischen Rehabilitation ab. Die Ergebnisse liefern einen Beitrag zur Bewertung und Verbesserung des berufsbezogenen Behandlungserfolgs stationärer Psychotherapie und Rehabilitation (vgl. Müller-Fahrnow et al., 2006).

Danksagung

Die vorliegende Untersuchung wurde gefördert im Rahmen des Projekts «Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der Psychosomatischen Rehabilitation» durch die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesforschungsministerium im Forschungsverbund «Rehabilitationsforschung Bayern» (Laufzeit: 03/2002 bis 04/2005; Förderkennzeichen: 01GD0121). Die Autoren danken Manfred Beutel und Rüdiger Zwerenz für die Kooperation im Verbundprojekt. Dirk Lehr sei gedankt für hilfreiche Anmerkungen und methodische Unterstützung.

Literatur

- Ackermann, H. (2002). *Bias für Windows – überarbeitetes und ergänztes Online-Handbuch*. Darmstadt: epsilon-Verlag.
- Bamberg, E. & Busch, C. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stressmanagementtraining: Eine Metaanalyse (quasi-)experimenteller Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 127–137.
- Beutel, M. E., Gerhard, C., Kayser, E., Gustson, D., Weiss, B. & Bleichner, F. (2002). Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Arbeitnehmer im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38, 313–334.
- Beutel, M. E., Knickenberg, R. J., Krug, B., Mund, S., Schattenburg, L. & Zwerenz, R. (2006). Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients – with an emphasis on work-related conflicts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 56, 285–306.
- Beutel, M. E., Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Gustson, D. & Knickenberg, R. J. (2005). Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – Short- and long-term results from a controlled study. *Disability and Rehabilitation*, 27, 891–900.
- Beutel, M. E., Zwerenz, R., Kayser, E., Schattenburg, L. & Knickenberg, R. J. (2004). Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 110–119.
- Bortz, J., Lienert, G. A. & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Bürger, W. (1997). *Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation: Eine Längsschnittuntersuchung*. Göttingen: Huber.
- Bürger, W. (1998). Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in medizinischer Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6, 137–150.
- Bürger, W. (1999). Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 9–21.
- Bürger, W. & Koch, U. (1995). Arbeitsbelastung und ihre Bedeutung für Patienten zu Beginn von stationärer psychosomatischer Fachbehandlung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2, 66–78.
- Bürger, W. & Schmelting-Kludas, C. (2006). Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der psychosomatischen Rehabilitation von sozialmedizinischen Problempatienten: Ergebnisse einer randomisierten Pilotstudie. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Rehabilitation und Arbeitswelt: Herausforderungen und Strategien. Tagungsband des 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums in Bayreuth, 2006* (S. 56–57). Berlin: DRV-Schriften, Bd. 64.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005: Schwerpunkt Angst und Depressionen*. Hamburg: DAK Hauptgeschäftsstelle.
- Firth, J. & Shapiro, D. A. (1986). An evaluation of psychotherapy for job-related distress. *Journal of Occupational Psychology*, 59, 111–119.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- Frese, M. & Zapf, D. (1987). Eine Skala zur Erfassung von sozialen Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 41, 134–141.
- Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (1992). «Indikatoren des Reha-Status (IRES)» – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Re-

- habilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Die Rehabilitation*, 31, 73–79.
- Heitzmann, B., Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (2005). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehabilitationspatienten – Die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 70, 269–280.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hillert, A., Cuntz, U., Heldwein, C., Froben, B. & Fichter, M. (1998). Die berufliche Belastungserprobung im Rahmen klinisch-stationärer Verhaltenstherapie: Praktische Durchführung, soziodemographische und psychologische Charakteristika der Patienten als Verlaufsprädiktoren. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 28–34.
- Hillert, A., Koch, S., Beutel, M.E., Holme, M., Knickenberg, R.J., Middeldorf, S., Wendt, T., Milse, M., Scharl, W., Zwerenz, R. & Schröder, K. (im Druck). Berufliche Belastungen und Indikationsstellung für ein berufsbezogenes Schulungsmodul in der medizinischen Rehabilitation: Bericht einer multizentrischen Evaluationsstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*.
- Hillert, A., Koch, S. & Hedlund, S. (im Druck). *Stressbewältigung am Arbeitsplatz – Ein stationäres Gruppenprogramm*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hillert, A., Sosnowsky, N. & Lehr, D. (2005). Idealisten kommen in den Himmel, Realisten bleiben AGIL! Risikofaktoren, Behandlung und Prävention von psychosomatischen Erkrankungen im Lehrerberuf. *Lehren und Lernen*, 31, 17–27.
- Hillert, A., Staedtke, D. & Cuntz, U. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 94–100.
- Ivancevich, J.M., Matteson, M.T., Freedman, S.M. & Phillips, J.S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45, 252–261.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 19–71). New York: Wiley.
- Kirchner, F. (2000). Arbeitsplatzbezogene Messverfahren in der Psychosomatik: Das Problem der Repräsentativität. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 50, 4–12.
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S. & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 16, 7–15.
- Koch, S., Hillert, A. & Geissner, E. (im Druck). Diagnostische Verfahren beruflichen Belastungs- und Bewältigungserlebens in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*.
- Larisch, M., Joksimovic, L., von dem Knesenbeck, O., Starke, D. & Siegrist, J. (2003). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome: Eine Querschnittsstudie bei Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 223–228.
- Lehr, D., Schmitz, E. & Hillert, A. (im Druck). Bewältigungsmuster und psychische Gesundheit: Eine clusteranalytische Untersuchung zu Bewältigungsmustern im Belastungskontext des Lehrerberufs. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*.
- Lutz, R. (2001). *Das Marburger Untersuchungs-Inventarium*. Unveröffentlichtes Manuskript, Fachbereich Psychologie der Phillips-Universität Marburg/Lahn.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, Ch. (2000). Effektstärkenvarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Die Rehabilitation*, 39, 189–199.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, 42, 169–174.
- Mohr, G. & Semmer, N.K. (2002). Arbeit und Gesundheit: Kontroversen zu Person und Situation. *Psychologische Rundschau*, 53, 77–84.
- Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T. & Karoff, M. (Hrsg.). (2006). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments – Interventionen – Ergebnisse*. Lengerich: Pabst.
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)*. Stuttgart: Huber.
- Neudert, S., Gerlich, C. & Vogel, H. (2006). Bundesweite Bestandsaufnahme berufsbezogener Interventionen in der medizinischen Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Rehabilitation und Arbeitswelt: Herausforderungen und Strategien. Tagungsband des 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums in Bayreuth, 2006* (S. 48–49). Berlin: DRV-Schriften, Bd. 64.
- Saunders, T., Driskell, J.E., Hall Johnston, J. & Salas, E. (1996). The effect of stress inoculation training in anxiety and performance. *Journal of Occupational Psychology*, 70, 170–186.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf: Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2003). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (2., erw. und überarb. Aufl.). Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger.
- Schwickerath, J. (2005). Mobbing am Arbeitsplatz – Grundlagen und stationäre Verhaltenstherapie psychosomatischer Erkrankungen bei Mobbing. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 69, 132–145.
- Semmer, N.K. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse: Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz*. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N.K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52, 150–158.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2002). Effort reward imbalance at work and health. In P.L. Perewe & D.C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well being. Vol. 2: Historical and current per-*

- spectives on stress and health* (pp. 261–291). Amsterdam: JAI-Elsevier.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. & van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270–276.
- Van Dierendonck, D., Garssen, B. & Visser, A. (2005). Burnout prevention through personal growth. *International Journal of Stress Management*, 12, 62–77.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2004). *VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2003 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils in der gesetzlichen Rentenversicherung* (Bd. 149). Frankfurt/M: Autor.
- Vickers, A. J. & Altman, D. G. (2001). Analysing controlled trials with baseline and follow-up measurements. *British Medical Journal*, 323, 1123–1124.
- Zielke, M. (1995). Arbeitsbelastungen und Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32, 271–281.
- Zielke, M., Ciric, P. & Leidig, S. (2005). Risikotypen bei arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und deren Bedeutung für Krankheitsverläufe und Behandlungsergebnisse in der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 69, 206–218.
- Zielke, M. & Leidig, S. (2005). KoBeLA: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 72, 184–188.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L. & Beutel, M. E. (2005). Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Die Rehabilitation*, 44, 14–23.

Dipl.-Psych. Stefan Koch

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
D-83209 Prien am Chiemsee
E-Mail skoch@schoen-kliniken.de